

**Громадська організація
«Південна фундація медицини»**

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА АКТУАЛЬНІ
ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ,
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ
ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ»**

19-20 грудня 2014 р.

**Одеса
2014**

НАПРЯМ 4. ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА

Бакун О. В.

кандидат медичних наук, асистент

Акеф М.

студентка V курсу

Копик О.

студент V курсу

*Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна*

ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД У ПОРОДІЛЬ З ГІПОГАЛАКТІЄЮ

Рациональне харчування передбачає, в першу чергу, вигодовування дітей першого року життя грудним молоком матері. Унікальність грудного молока полягає в тому, що це – найбільш здорова, оптимально збалансована природою їжа, яка легко засвоюється. Вона повністю задовольняє всі харчові і енергетичні потреби дитини від народження і не менше ніж до 5-6 місяців життя без яких-небудь добавок [2]. Серед багатьох проблем грудного вигодовування самою частою є скарга матері на те, що у неї не вистаєє молоко. Гіпогалактія – це зниження секреторної діяльності молочних залоз в період лактації [1]. Розрізняють первинну і вторинну гіпогалактію. Первинна зумовлена анатомічними і функціональними особливостями молочних залоз, а також важкими захворюваннями матері, пов'язаними з екстрагенітальною патологією (цукровий діабет, зоб дифузний токсичний) зустрічається рідко, тільки у 4-10% жінок. А також серед причин гіпогалактії можна виділити наступні фактори: генетичний і ятрогенний. До останнього відносять випадки застосування у вагітних і породіль медикаментозних засобів, які активують і стимулюють пологову діяльність (естрогени, простагландини, окситоцин). В подальшому у породіль, які отримували ці препарати, в перші години і доби після пологів відсутня лактація чи вона проявляється в більш пізні терміни і є недостатньою [3].

Вторинна гіпогалактія може бути викликана ускладненнями вагітності, пологів і післяпологового періоду (пізні гестози вагітних, анемії вагітних, маткові кровотечі та ін.), а також порушення режиму, нерациональне харчування, психічні та фізичні перенавантаження, неправильна організація режиму годування новонародженого та техніка годування, захворювання молочних залоз (тріщини сосків, мастити). Вторинна гіпогалактія в більшій мірі тимчасовий стан. Якщо при первинній гіпогалактії ми маємо обмежені можливості лікування, то при вторинній гіпогалактії можливо при своєчасному лікуванні відновити лактацію. Для цього необхідно з'ясувати причину, яка викликала гіпогалактію [3, 4].

Можна виділити особливу групу жінок по розвитку первинної гіпогалактії – це жінки, які перенесли операцію кесаревого розтину. За годинами виникнення розрізняють ранню гіпогалактію. Вона проявляється в перші 10 днів після пологів. І пізню гіпогалактію, яка виникає після 10 днів [5].

Нами обстежено 60 породіль, які розподілили на дві групи: I – основна – 30 жінок із зниженою лактаційною функцією. II – контрольна – 30 породіль із збереженою лактаційною функцією. У всіх жінок було вивчено анамнез життя, перенесені соматичні та гінекологічні захворювання, особливості менструальної і дітородної функцій, перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду. У новонароджених визначали стан при народженні, оцінку за шкалою Апгар, первинне зменшення маси тіла і ступінь її відновлення до четвертої-п'ятої доби життя, особливості перебігу періоду ранньої постнатальної адаптації. Лактаційну функцію у пацієнток оцінювали на четверту-п'яту добу післяполо-

гового періоду на підставі клінічних спостережень за породіллями, добовою кількістю молока, що продукується, за введенням новонародженим прикорму сумішшю, а також за показниками втрати маси та її відновлення у дітей впродовж перших чотирьох-п'яти діб після народження. Нормальною лактацією вважали стан, за якого прикорми не вводилися, максимальна втрата маси тіла новонароджених не перевищувала 6 %, відновлення початкової маси не менше 95% протягом раннього неонатального періоду.

При оцінці ступеня недостатності функції лактації використовували класифікацію С. Н. Гайдукова (1999): I ступ. тяжкості – дефіцит молока не більше 25 % від необхідної кількості, II ступ. – 50 %, III ступ. – до 75 %, IV ступ. – понад 75 %. Для постановки діагнозу недостатності функції лактації (гіпогалактія) брали до уваги дані анамнезу, наявності екстрагенітальних захворювань, ускладнення перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили на персональному комп'ютері IBM з допомогою статистичної програми Excel, використовуючи методи варіаційної статистики. Достовірність відмінностей ознак встановлювали за допомогою t-критерію Ст'юдента. Різниця показників вважали достовірними при значенні $p < 0,05$.

Наявність гінекологічних захворювань в анамнезі розглядається як чинник ризику різних порушень репродуктивної системи, що призводить до гормональних зрушень, порушення дітородної функції з подальшими ускладненнями післяпологового періоду, а також впливає на становлення і тривалість лактації. Гінекологічні захворювання в анамнезі мали 23 (76,6 %) жінок основної групи і 11 (36,6 %) – контрольної ($p < 0,05$). Запальні захворювання жіночої статеві сфери в обох групах відмічалися приблизно з однаковою частотою. У той же час порушення менструальної функції достовірно частіше визначалися в основній групі – 21 (70 %) жінок, порівняно з контрольною – у 4 (13,3 %) ($p < 0,05$). В основній групі у структурі порушень менструальної функції звертає на себе увагу переважання таких нозологічних форм, як дисменорея – у 5 (16,6 %), поліменорея – у 2 (6,6 %), нерегулярні менструації – у 12 (40 %) жінок. Лише в основній групі в анамнезі було виявлено такі порушення, як пізнє менархе – у 1 (3,3 %), гіпоменструальний синдром – у 1 (3,3 %) пацієнтки.

При аналізі акушерського анамнезу слід зазначити, що кожна третя породілля як основної, так і контрольної групи, мала в анамнезі штучні аборти: 11 (36,6 %) і 9 (30 %), відповідно. У кожній другій жінки основної групи (16, 53,3 %) були вказівки в анамнезі на невиношування вагітностей, здебільшого за рахунок самовільних абортів – у 12 (40 %), а також на передчасні пологи – у 3 (10 %). Неускладнений перебіг післяпологового періоду реєструвався значно рідше в основній групі породілець – у 4 (13,3 %), ніж у контрольній – у 16 (53,3 %). Нормальний перебіг післяпологового періоду в основній групі було відмічено у 4 породілець, що складало 13,3 %, у контрольній – у 16 (53,3 %). Зниження функції лактації – у 22 (73,3 %) жінок основної групи та у 4 (13,3 %) – контрольної групи, субінволюція матки – у 4 (13,3 %) жінок основної групи та у 1 (3,3 %) жінок контрольної групи. Оскільки субінволюція матки відмічалася значно частіше в жінок основної групи, нами проаналізовано чинники, які сприяють виникненню цього ускладнення. У жінок основної групи значно частіше реєструвалися захворювання серцево-судинної системи: у 8 (26,6 %), а у контрольній групі – у 4 (13,3 %). Наявність запальних захворювань органів малого тазу в анамнезі можна розглядати як чинник, що впливає на інволюцію матки та зниження лактаційної функції в післяпологовому періоді. Так, хронічний сальпінгоофорит зареєстровано у більшості породілець обох груп: в основній групі – у 19 (63,3 %), в контрольній – у 7 (23,3 %) ($p < 0,05$). Половина породілець з субінволюцією матки вказували на наявність в анамнезі ерозії шийки матки – в основній групі – у 2 (50 %). У жінок при зниженні функції лактації відмічається в анамнезі висока частота порушень менструального циклу і хронічного сальпінгоофориту: в основній групі – у 21 (70 %) і 19 (63,3 %), в контрольній – у 4 (13,3 %) і 5 (16,6 %), відповідно ($p < 0,05$). Невиношування вагітності в анамнезі як чинник розвитку гіпогалактії зареєстровано у 53,3 % жінок основної групи.

При гіпогалакції у більшості породілей основної групи відмічалася загроза переривання вагітності – у 14 (46,6 %), гестоз – у 10 (33,3 %), анемія – у 27 (90 %), плацентарна недостатність – у 12 (40 %), у контрольній групі – у 16,6, 3,3, 53,3 та 6,6 % спостережень. відповідно ($p < 0,05$). Найвагомими інтранатальними чинниками для порушень лактаційної функції після пологів були аномалії пологової діяльності і крововтрата понад 500 мл, які реєструвалися в обох групах майже з однаковою частотою. Як в основній, так і в контрольній групі породілей нами не отримано достовірно значущих перинатальних чинників серед доношених новонароджених, які б впливали на становлення лактації в післяпологовому періоді. За даними ретроспективного аналізу виявлено, що у жінок з порушенням лактації повільніше збільшувалася маса тіла (лише до 5-ї доби відновлювали початкову масу тіла).

ЛІТЕРАТУРА

1. Гутикова Л. В. Гипогалактия, развивающаяся на фоне перенесенного гестоза / Л. В. Гутикова, Р. Анисим, О. Кузнецов // *Здравоохранение Российской Федерации.* – 2007. – № 2. – С. 53-56.
2. Гутикова Л. В. Новые подходы к профилактике гипогалактий / Л. В. Гутикова // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2007. – Т. 7, № 3. – С. 43-46.
3. Медведь В. И. Медикаментозная терапия и лактация / В. И. Медведь, А. П. Викторов // *Лікування та діагностика.* – 2001. – № 2. – С. 54-58.
4. Паєнок О. С. Особливості клінічного перебігу післяпологового періоду і порушень лактаційної функції у жінок з дифузним нетоксичним зобом / О. С. Паєнок // *Педіатрія, акушерство та гінекологія.* – 2011. – № 1. – С. 70-73.
5. Профилактика гипогалактии у родильниц, перенесших абдоминальное родоразрешение / [И. Лахно, А. Машенко, В. Дудко и др.] // *Медицина неотложных состояний.* – 2008. – № 4. – С. 80-82.

Варсан Е. Б.

врач судебно-медицинский эксперт

*Одесское областное бюро судебно-медицинской экспертизы
г. Одесса, Украина*

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИКО-КРИМИНАЛИСТИЧЕСКОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ НЕОПЗНАННЫХ ТРУПОВ В СЛУЧАЯХ МАССОВЫХ ЖЕРТВ ПРИ СОЦИАЛЬНЫХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ С ПОМОЩЬЮ АНТЕМОРТАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Сложная военно-политическая обстановка в мире и в отдельно взятых регионах создает условия для возникновения локальных вооруженных конфликтов, способных при неблагоприятных обстоятельствах перерасти в локальную войну. В основе вооруженных конфликтов лежит много причин – политические, экономические, территориальные, национальные, религиозные. Локальные вооруженные конфликты, контртеррористические операции, а также прочие чрезвычайные ситуации социального характера во многих случаях сопровождаются массовыми человеческими жертвами, среди которых имеются и неизвестные погибшие, в том числе и обезображенные, идентификация которых является одной из приоритетных задач. Социально-правовая значимость этой проблемы очевидна. Кроме того, решение данной проблемы – идентификации личности – считается одной из задач, способствующих повышению уровня престижа страны.